Tv. 1710 9

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 26

FACULTÉ DE MÉDECINE

SEMEIOLOGIE

DE

L'ÉCOULEMENT HÉMATIQUE

PAR LE MAMELON

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND LIBRARY

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Janvier 1913

PAR

Valentin ROS

Né à Javea (Province d'Alicante), Espagne, le 20 novembre 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse
- FORGUE, Professeur, *Président.*
- RAUZIER, Prof. adj.
- MASSABUAU, Agrégé
- EUZIÈRE, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

SEMEIOLOGIE

DE

L'ÉCOULEMENT HÉMATIQUE

PAR LE MAMELON

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 26

9.

SEMEIOLOGIE

DE

L'ÉCOULEMENT HÉMATIQUE

PAR LE MAMELON

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Janvier 1913

PAR

Valentin ROS

Né à Javéa (Province d'Alicante), Espagne, le 20 novembre 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
RAUZIER, Prof. adj.
MASSABUAU, Agrégé
EUZIÈRE, Agrégé.
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻) ..... DOYEN.
SARDA ..... ASSESSEUR.
IZARD ..... SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (O ✻). Chargé de l'enseigt de pathol et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Pathologie et thérapeutique générales	RAFZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻),

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. des f.)

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, professeur, *president.*
RAUZIER, *professeur.*
MASSABUAU, *agrégé*
MM. EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Pieux hommage de mon infinie reconnaissance.

A MES SŒURS

Que j'assure de mon inaltérable affection

A MES FRÈRES

Que je remercie ici pour les encouragements de toutes sortes qu'ils n'ont cesse de me prodiguer.

A MES BELLES-SŒURS, A MON BEAU-FRÈRE ET A MES NEVEUX ET NIÈCE

Que je réunis dans les mêmes sentiments d'affection.

V. ROS

A MA TANTE ET A MON ONCLE

FRANÇOIS MORATO Y BUIGUÈS

VICE-CONSUL D'ESPAGNE A CONSTANTINE

En témoignage de l'immense reconnaissance et de la gratitude infinie que je leur ai vouée pour la sollicitude dont ils m'ont toujours entouré.

A LA MÉMOIRE DE MON MALHEUREUX AMI

NOEL MONGAUZY

V. ROS.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

V. ROS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

V ROS.

A M LE PROFESSEUR RAUZIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A M LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ MASSABUAU

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ EUZIÈRE

V. ROS.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE

V. ROS.

SEMEIOLOGIE

DE

L'ÉCOULEMENT HÉMATIQUE

PAR LE MAMELON

INTRODUCTION

Les divers canaux excréteurs de l'économie peuvent présenter, sous diverses influences, un écoulement de sang, et cet écoulement constitue un signe non douteux de lésions intéressant le canal excréteur lui-même ou bien encore l'organe dont il dérive.

Les causes sont nombreuses qui peuvent créer une telle symptomatologie. Le traumatisme, l'inflammation banale ou spécifique (tuberculose), les tumeurs du rein, de la vessie ou de la prostate, les calculs urinaires, donnent lieu à des hématuries.

L'envahissement du poumon par le bacille de Koch ou par un néoplasme se traduit par une hémoptysie qui peut être également symptomatique d'une blessure du parenchyme pulmonaire, à la suite d'une plaie pénétrante du thorax, ou consécutivement à une fracture de côte.

Par contre l'écoulement hématique du mamelon a une étiologie plus limitée : Sans doute, il peut être provoqué par des affections aiguës (mastites), des affections chroniques (maladie kystique de Reclus, mammite noueuse de Tillaux et Phocas). Mais pareil fait se produit très rarement.

L'apparition spontanée d'un écoulement sanglant par le mamelon est généralement l'indice d'un néoplasme.

Un des premiers, Richard, en 1853, a rapporté des observations de tumeur du sein avec écoulement de liquide par le mamelon.

« L'écoulement, observé dans les tumeurs du sein, écrit Vidal de Cassis en 1861, varie depuis l'aspect du sang le plus pur jusqu'à celui de l'eau claire. Il est très abondant, spontané, dans certains cas, tandis que dans d'autres c'est un suintement. Ce liquide peut être considéré comme une sécrétion, habituellement lactiforme, mélangée ou non à du sang. Un autre résultat important, c'est que toutes les tumeurs étaient de même nature ; on avait affaire à une hypertrophie partielle de la glande mammaire, mais la forme et le degré variaient. Le sang se rencontrait particulièrement dans les formes ramollies, avancées, avec commencement de kystes ; la sécrétion laiteuse dominait dans les formes assez avancées, mais encore dures. Cet écoulement paraît propre à l'hypertrophie mammaire simple, car sur 27 cas de cancers du sein confirmés, examinés pour la plupart au microscope, pas un n'a offert d'écoulement par le mamelon. »

Pour ces auteurs, l'écoulement du mamelon était un symptôme fréquent de l'hypertrophie partielle de la mamelle et son existence était, à leur avis, d'un pronostic favorable.

Cependant, dès cette époque, Velpeau, dans son Traité

des maladies du sein, signalait l'existence d'écoulements sanglants du mamelon chez plusieurs malades atteintes de cancer de la mamelle. Il affirmait même l'avoir vu plus souvent dans le squirrhe et l'encéphaloïde que dans les tumeurs bénignes.

De nos jours, l'opinion de Velpeau a tendance à prévaloir. Une transformation cancéreuse est toujours à redouter, même lorsque l'examen clinique entraîne vers un diagnostic de tumeur bénigne.

Bien plus, alors qu'il n'existe aucun signe de tumeur, l'écoulement seul d'un liquide sanglant par le mamelon doit faire penser à la possibilité d'une infiltration néoplasique de nature maligne.

Une observation, due à l'obligeance de M. le professeur Massabuau, et qui a été le point de départ de ce travail, nous montre que dans un cas de tumeur maligne du sein l'écoulement hématique par le mamelon a été, pendant plusieurs mois, le seul symptôme apparent.

La constatation d'un écoulement a donc non seulement une grande valeur diagnostique, mais encore elle offre une signification pronostique des plus importantes, et permet de poser des indications thérapeutiques précieuses.

Et c'est là ce que nous avons voulu mettre en relief dans l'étude d'ensemble que nous allons essayer de faire des écoulements hématiques du mamelon.

Mais avant d'entreprendre cette étude, qu'il nous soit permis de rendre un hommage public de reconnaissance à tous nos maîtres qui, pendant nos études, nous ont fait bénéficier de leur expérience.

Que M. le professeur agrégé Massabuau, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, nous permette de lui offrir ce modeste travail comme l'expression de notre profonde

gratitude pour les excellents conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

Nous remercions M. le professeur Forgue, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse ; nous l'assurons de notre vive reconnaissance, pour ses bonnes leçons dont nous avons tiré le plus grand profit.

Que M. le professeur Rauzier, M. le professeur agrégé Euzière soient assurés aussi de notre vive gratitude.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Massabuau)

A. L..., âgée de 43 ans, vient nous consulter en février 1912 : la malade se plaint d'un écoulement sanglant discontinu par le mamelon.

Elle a eu deux accouchements normaux dont le dernier remonte à neuf ans : elle a allaité deux enfants parfaitement bien portants, et n'a jamais eu d'infection mammaire pendant la période post-puerpérale ou la période d'allaitement.

Actuellement, depuis trois ou quatre mois environ, la malade accuse un écoulement sanglant par le mamelon. Cet écoulement est discontinu : pendant huit, dix jours la malade peut ne perdre aucune goutte de sang, puis, pendant une période qui peut durer dix, quinze jours, presque tous les jours l'écoulement se produit : il est peu abondant, il survient spontanément, et n'est pas sensiblement influencé par les périodes menstruelles, la malaxation de la mamelle augmente son importance.

L'écoulement est formé par du sang pur de couleur noirâtre : parfois il est plus clair, puis sanguinolent. Il

ne s'accompagne d'aucun phénomène douloureux dans la mamelle.

Néanmoins, pendant la période d'hémorragie, la malade accuse une sensation de picotement dans la région du mamelon.

A l'inspection, on constate que le sein du côté hémorragique n'est pas sensiblement augmenté de volume : pas de circulation veineuse cutanée anormale. Le mamelon est plus saillant que celui du côté opposé, les orifices des canaux galactophores, dilatés et rouges, se voient bien à l'œil nu et forment un certain contraste avec le côté opposé, l'aréole est normale.

A la palpation, nous ne percevons dans la mamelle aucune tumeur, aucune nodosité appréciable : il semble simplement que la consistance générale de la glande soit un peu plus ferme que du côté opposé, mais sans qu'on puisse parler bien entendu d'infiltration ou de dégénérescence. On ne constate pas de ganglions hypertrophiés dans l'aisselle.

En présence de ces signes physiques négatifs, nous conseillons la temporisation et nous prescrivons le port d'un bandage de corps légèrement constricteur.

En mars 1912, trois semaines environ après cet examen, la malade revient nous consulter : elle continue à saigner par le mamelon, ni plus, ni moins qu'auparavant, mais cet écoulement, qui tache son linge, l'ennuie et elle voudrait en être débarrassée. Les signes physiques sont toujours les mêmes, c'est-à-dire à peu près négatifs.

Nous conseillons à la malade d'entrer à l'hôpital afin d'être plus étroitement surveillée.

Elle entre dans le service de M. le professeur Forgue, salle Dubreuil, n° 9, le 27 avril.

A l'examen de la mamelle, M. Forgue constate l'absence

absolue de toute tumeur, et il lui semble percevoir une petite induration en forme de disque arrondi à la base du mamelon, induration très légère et difficile à percevoir.

En raison de cette petite lésion et surtout de la persistance vraiment étonnante de l'écoulement, il conseille l'ablation de la région du mamelon.

Nous pratiquons cette opération quelques jours plus tard, et faisant largement les choses, nous enlevons la presque totalité de la glande mammaire.

Etude anatomo-pathologique. — A l'examen macroscopique, la coupe de la glande montre l'absence de toute tumeur et un aspect uniformément blanc rosé ; cette glande nous paraît cependant hypertrophiée et présente une consistance plus lardacée qu'à l'état normal.

L'étude histologique nous a montré qu'il s'agissait d'un *adéno-épithéliome diffus* de la mamelle.

Partout, la néoformation d'acini est très accentuée. Dans ces acini néoformés, la prolifération épithéliale est particulièrement intense ; les lumières dilatées sont en maints endroits remplies de cellules atypiques, et il est constant dans presque tous les lobules de voir se former, aux dépens de ces tubes, des amas plus ou moins caractérisés de cellules cancéreuses. Ces différents aspects histologiques se retrouvent dans toutes les parties de la glande au même degré et ne sont pas plus marqués au voisinage du mamelon, ce qui justifie bien le diagnostic d'adéno-épithéliome *diffus*.

Les canaux galactophores sont très dilatés, leur épithélium prolifère, mais il n'y a pas à leur niveau de tumeur véritable.

Récidive. — En octobre 1912, la malade revient nous consulter. Dans la partie moyenne de la cicatrice, nous constatons l'existence d'une petite tumeur, du volume

d'une noisette, à contours irréguliers ; sur ce nodule, la peau est amincie, rouge, prête à s'ulcérer, mais la mobilité sur le plan profond est entière. Pas de ganglions dans l'aisselle. Nous l'extirpons sous anesthésie locale à la novocaïne.

L'étude histologique de cette récidive nous a montré qu'il s'agissait d'un carcinome de la mamelle indubitable.

Observation II

(Marmaduck Scheild. — Diseases of the breast, p. 138.)

Femme 38 ans, stérile. Mamelles très développées, s'aperçut d'un écoulement brunâtre par le mamelon gauche tachant le linge. Son médecin trouva, profondément inclus sur le côté interne du mamelon, une tumeur ovale du volume d'une noisette. Par la pression sur la tumeur un liquide noirâtre coule par le mamelon. Sur l'avis de sir James Paget qui affirmait la nature bénigne de l'affection, je fis une incision exploratrice, le 18 juin 1896, et disséquai un petit kyste à contenu sanguinolent ; tout autour du kyste, j'enlevai du tissu mammaire induré. L'examen microscopique démontra du tissu squirrheux ; mais on se contenta de l'opération qui avait excisé largement tout le tissu pathologique.

Observation III

(Même auteur.)

Femme 45 ans, me fut envoyée par le docteur Mackay, en avril 1897. Depuis plus de 6 ans, elle avait par le mamelon un écoulement brunâtre souvent assez abondant,

pour mouiller son linge. Depuis quelques mois, la mamelle était douloureuse et les périodes de douleurs et d'écoulements alternaient. Les mamelles étaient volumineuses, et au-dessous du mamelon existait une tumeur assez profonde, du volume d'une fève. La tumeur fut excisée avec une capsule de tissu sclérosé ; c'était un kyste avec un papillome intrakystique tout petit. Guérison rapide.

Observation IV

(Bowlby. — *St Barth. hosp. Rep.*, vol. 21.)

Femme de 36 ans, primipare. Onze mois avant, elle constata une tumeur dans le sein droit et un mois plus tard un écoulement par le mamelon. Quand je la vis : sous l'aréole droite, tumeur comme une noisette, élastique. La pression fit sortir par l'aréole un liquide sanieux et la tumeur diminua de volume. La tumeur fut enlevée avec un peu de tissu voisin. Six ans plus tard, la malade était en bonne santé. Dans un canal galactophore dilaté, était un papillome pédiculé du volume d'une framboise. Dans le petit kyste, étaient quelques autres papillomes du volume d'une tête d'épingle.

Observation V

(Barker. — *British medic. Journ.*, 1809.)

Femme maigre mais robuste, de 52 ans, constata, il y a trois ans, un suintement par le mamelon droit, qui de séreux devint sanieux, il y a un mois. Les mamelles

étaient flétries. A la partie supéro-interne de l'aréole, nodule du volume d'une noisette, dur, et un second plus petit juste au-dessus de celui là. La pression fit couler du liquide sanieux. La tumeur était indolore. Il y avait un peu de dureté et de rétraction du mamelon, ce que la malade attribuait à une morsure d'allaitement qui avait presque sectionné le mamelon. Glandes axillaires dures.

Amputation du sein et des ganglions axillaires.

A l'examen de la pièce : canal galactophore dilaté à 20 millimètres du mamelon et contenant un papillome unique, rouge vif, ayant l'aspect d'une framboise. Quelques autres galactophores étaient dilatés. Le papillome avait un mince pédicule inséré sur la paroi du galactophore. Sa disposition était arborescente : il consistait en 4 divisions primaires partant du pédicule principal et se divisant chacune en plusieurs lobes secondaires et tertiaires. Chacune de ces divisions se composait d'un axe connectif fibreux avec rares cellules rondes, très vasculaire et recouvert de cellules d'épithélium cubique ou cylindrique en une ou plusieurs couches. Les ganglions axillaires enlevés étaient sains 4 ans 1/2 après, la guérison persistait.

Observation VI

(Labbé et Coyne. — Traité des tumeurs bénignes du sein. 1876, p. 206.)

Femme robuste de 49 ans, mère de 4 enfants, toujours et encore menstruée régulièrement. Il y a dix ans, faible tumeur juste en dehors du mamelon du sein gauche. La pression en faisait sortir un liquide sanieux.

2 ans et 1/2 plus tard, elle augmenta plus rapidement et devint fluctuante. On l'incisa, il en sortit une notable quantité de liquide visqueux rougeâtre. Depuis, il s'écoule par la fistule un abondant liquide sanieux. Quand nous la vîmes, il y avait sous l'aréole du sein une tumeur molasse, avec bosses arrondies, fluctuantes et dépressions intermédiaires. De la fistule sort une masse bourgeonnante n'adhérant pas à la peau, pas d'engorgement de ganglions. La tumeur fut excisée avec énucléation facile. Elle était formée de 3 loges contenant un liquide sanguin. La paroi fibreuse porte des végétations à pédicule. « C'était un fibrome endocanaliculaire papillaire. »

Observation VII

Professeur Tédenat — Recueillie par M. Dusser.)

In thèse Chamaillard — Montpellier 1912

Fibrome papillaire naissant de l'intérieur d'un kyste développé dans un canal galactophore et formant une saillie framboisée sur le mamelon.

Mme G..., 48 ans, réglée régulièrement entre 13 et 46 ans ; 4 accouchements, 4 allaitements sans accidents du côté des seins.

Depuis 4 ans, de temps en temps, il s'écoule par le mamelon droit quelques gouttes de liquide brunâtre et tachant le linge. Depuis 15 mois, cet écoulement a lieu à peu près tous les jours et est plus abondant (une dizaine de grosses gouttes, quand on exerce une pression autour de l'aréole). Il y a environ 1 an, la malade a constaté une tumeur ayant la forme d'un gland, allongée depuis la racine du mamelon jusqu'à l'extrême limite inféro externe de l'aréole. Elle s'est décidée à consulter

à cause d'une masse rougeâtre du volume d'un petit pois qui fait saillie à la pointe du mamelon et donne quelques gouttes de sang de temps en temps.

Le 3 Juin 1902. — Santé générale bonne. Les deux seins sont fermes ; le gauche ne présente aucune irrégularité. Au sein droit, on sent une tumeur allongée depuis la racine du mamelon jusqu'à la périphérie de l'aréole. Elle a 3 centim. de long et est vaguement cylindroïde. Pendant les manipulations d'examen, il s'écoule environ 3 ou 4 cc. de liquide visqueux, brun, et la tumeur devient flasque et peu distincte. A la pointe du mamelon, bourgeon rouge, grenu, n'adhérant pas à la peau et paraissant se continuer avec la portion centrale de la tumeur. Le mamelon est souple, mobile ; il n'y a pas d'adhérence de la peau. Les ganglions axillaires sont indemnes.

8 Juin. — Le diagnostic d'adénome kystique étant fait, la tumeur est largement excisée avec une couche de un centimètre de tissu autour de la poche. Guérison par réunion immédiate. La guérison persiste (mai 1911), c'est-à-dire neuf ans après l'opération.

Examen macroscopique. — La tumeur est incisée sur toute sa longueur, y compris le mamelon. Il s'écoule un peu de liquide visqueux brunâtre. La poche du kyste est blanchâtre et offre deux petites tumeurs rouges, d'aspect framboisé, portées chacune par un même pédicule. Elles occupent la partie de la tumeur qui correspond au pourtour extérieur de l'aréole. Dans la partie centrale, on voit la poche kystique se continuer avec un galactophore élargi par lequel un papillome, du volume d'une aveline, fait saillie à la surface terminale du mamelon. A lui seul, ce papillome est deux fois aussi gros que les deux autres réunis.

Sur des coupes faites par M. Dusser, on constate des tractus connectifs minces se ramifiant vers la surface de la tumeur et portant un épithélium cubique à une couche.

Observation VIII

(Professeur Tédenat.)

In Thèse Chamaillard — Montpellier 1912

Kyste mammaire sous-aréolaire avec papillomes pédiculés. — Excision du kyste. — Guérison. — Lactations ultérieures.

Julie R..., 17 ans — Père et mère bien portants. Cette jeune fille a été réglée à 13 ans. Depuis 2 ans, les règles sont précédées de tension douloureuse des seins qui sont très développés, surtout du sein gauche ; elles durent 5 jours. Ces phénomènes ont été attribués à la vie sédentaire et à l'abus des travaux intellectuels. Il y a un an, écoulement jaune par le mamelon gauche, se produisant à l'époque des règles et accompagné de tuméfaction douloureuse. Le docteur Bonnes constata la présence d'une tumeur du volume d'une noix. Sur ses conseils, Julie quitte le collège et vit à la campagne, mais les phénomènes persistent. Sur les conseils du docteur Rouvier, de Pignan, la malade consulte M. Tédenat, 3 mai 1888 : Santé générale bonne. A la partie postéro externe de l'aréole gauche, tumeur allongée ayant les dimensions d'une grosse amande verte, dure. Sous la pression du doigt, il s'écoule environ une cuillerée à café de sérosité visqueuse, brun foncé. La tumeur diminue de volume. Il n'y a pas d'adhérences à la peau, pas de rétraction du mamelon.

8 mai. — Incision radiée correspondant à l'axe prin-

cipal de la tumeur qui est excisée avec une couche de quelques millimètres d'épaisseur de tissu blanc, scléreux. Suture sans drainage. Réunion immédiate.

Julie R... se marie à 23 ans Accouchement à 25 ans. Elle nourrit ; le sein droit donne un lait abondant. Le sein gauche opéré donne peu de lait et présente, au début de l'allaitement, un peu de tuméfaction douloureuse, sans que jamais il y ait menaces de suppuration. Accouchements à 27 et 30 ans, sans aucun trouble du côté des seins, mais aucune tentative d'allaitement n'a été faite dans ces deux dernières couches. M. Tédenat a eu souvent l'occasion de voir son opérée. Les deux seins sont normaux, assez flétris, Julie R... étant depuis 7 ou 8 ans dyspeptique (novembre 1911).

Examen de la pièce. — Le kyste paraît développé dans un canal galactophore. Sa paroi est à peine de 3 à 5 millimètres, suivant les points, constituée par un tissu blanc, dur, fibreux. Sous un filet d'eau, on voit trois papillomes à mince pédicule, ayant, le plus gros les dimensions d'une cerise, les deux autres les dimensions d'un pois.

Sur les coupes, on voit de minces travées fibreuses, avec des vaisseaux fins A la surface, épithélium cubique.

Observation IX

(Professeur Tédenat.)

In thèse Chamaillard — Montpellier 1912

Adénome kystique du sein gauche

Mme Rosalie B..., 45 ans, entre salle Paulet, le 24 juin 1912, pour tumeur du sein gauche.

Toujours bien réglée. Ne s'est aperçue de cette tumeur

du sein que 15 jours avant son entrée à l'hôpital. N'a jamais remarqué qu'il y eût un écoulement par le mamelon.

A l'examen, il existe au niveau du quadrant supéro-externe une tumeur du volume d'une petite mandarine, dure, rénitente, mobile, roulant comme une bille sous les doigts et bien indépendante du reste de la glande. Il n'y a pas rétraction du mamelon, ni adhérence à la peau, ni ganglions axillaires.

Opérée le 25 juin 1912, sous éther goutte à goutte. Enucléation de la tumeur, au sein de laquelle on rencontre un kyste du volume d'une petite noix, contenant une sérosité citrine.

Guérison par première intention.

Observation X

(Isserson, cité par le docteur Mintz au Congrès de Moscou [1])

Femme 23 ans. A présenté durant une année un écoulement d'un liquide tantôt jaunâtre, tantôt sanguin. Il y a eu un arrêt d'écoulement pendant deux ou trois jours. Il s'écoula ensuite une plus grande quantité de liquide.

Les études microscopiques de cet écoulement n'ont présenté rien de particulier. Ses études bactériologiques ont décelé la présence de staphylocoques.

On sentait à la palpation une nodosité de la grosseur d'une noix. Tout autour, on trouvait d'autres nodosités de

---

(1) Nous devons la traduction de cette observation, ainsi que celles qui vont suivre, à l'obligeance de Mlle Borissoglebsky, que nous sommes heureux de remercier ici, de son concours intelligent.

la grosseur d'un petit pois. La pression faisait sourdre du mamelon une substance de la consistance du beurre.

L'examen histologique a montré des ilots situés au sein d'une infiltration de petites cellules, et des formations constituées par des glandes hypertrophiées en forme de kyste. Dans l'intervalle de ces formations kystiques, se trouvaient des cellules épithéliales en voie de dégénérescence.

En résumé, il est permis de penser à l'existence d'une mastite polykystique.

Observation XI

(Dr Mints. 11e Congrès des chirurgiens russes à Moscou)

Femme de 13 ans. A accouché pour la dernière fois il y a 10 ans. A eu 5 enfants qu'elle a nourris elle-même. Pas de mastite. Menstruations régulières. Les dernières il y a 15 jours. 5 jours avant leur début, a commencé à couler du sein droit un liquide jaune (3 cuillerées par jour environ). A l'heure actuelle, écoulement d'un liquide jaunâtre par le sein droit. A la palpation, sein dur ; parfois douleurs lancinantes.

Observation XII

(Idem)

Femme de 48 ans. Dernières couches il y a 11 ans. Menstruations irrégulières pendant la dernière année ; complètement disparues depuis 9 mois. Depuis 15 mois.

écoulement par le sein droit d'un liquide d'abord jaunâtre puis sanglant. Pas de douleurs. Ecoulement de sang pendant 1 mois, puis réapparition d'un liquide jaunâtre. Il y a un mois, écoulement de sang pendant 3 jours, suivi d'une réapparition du liquide jaunâtre.

A l'heure actuelle, douleur lancinante du sein droit et écoulement d'un liquide transparent. Le mamelon est saillant, tandis que le sein est rétracté.

Observation XIII

(Idem)

Femme de 60 ans. A accouché pour la dernière fois il y a 28 ans. N'a pas nourri ses enfants. Sein gauche beaucoup plus développé que le droit. Il y a 12 ans, au moment de la ménopause, écoulement d'un liquide jaunâtre par le sein gauche. Depuis 5 mois, écoulement de sang très abondant depuis 3 mois.

A l'inspection, on voit de petites nodosités développées aux dépens des canaux galactophores. La pression fait sourdre du sang.

D'après nos derniers renseignements sur la malade, l'écoulement hématique aurait duré 8 mois et n'aurait pas reparu.

Observation XIV

(Prof. Zilberberg, cité au 11e Congrès de Moscou par le Dr Mints)

Femme de 41 ans. Dernières couches il y a 10 ans. A nourri tous ses enfants. Menstruation irrégulière.

Il y a 6 ans, écoulement d'un liquide jaunâtre, clair et transparent, d'une façon continue, sans disparition des règles. Pendant les deux dernières années, écoulement d'un liquide rosé. Il y a 3 mois, à l'époque des règles qui ne parurent pas, l'écoulement devint nettement sanglant. Quelque temps après, il était de nouveau rosé.

A l'heure actuelle, il y a écoulement de sang.

Le sein contaminé a été toujours plus gros que l'autre et il donnait plus de lait. A la pression s'écoule du sang pur.

Etude microscopique. — Par places, les culs de-sac glandulaires sont normaux. Ailleurs, on voit un processus d'hypertrophie de l'épithélium glandulaire. Cette hypertrophie est telle qu'elle comble l'aire du canal excréteur.

Cette disposition rappelle le début de la maladie appelée : mastite kystique chronique. On ne voit pas de phénomènes de dégénérescence ni de cellules épithéliales néoformées. Ce qui frappe, c'est la disposition en plusieurs couches des cellules épithéliales qui, en se développant, ont formé des îlots accumulés dans l'intervalle des canaux excréteurs.

Observation XV

(Idem)

Dans une autre préparation de glande mammaire, opérée aussi par le professeur Zilberberg, pour hémorragie du mamelon chez une femme de 46 ans, le Dr Mints a trouvé, à l'étude microscopique, les détails suivants :

Par places, les culs-de-sac glandulaires sont conservés. Dans les canaux excréteurs, on voit une formation active, à caractère fibro-épithélial. Il existe du tissu conjonctif bien différencié, présentant par endroits des ramifications dichotomiques.

Observation XVI

(Dr Mints. IIe Congrès de Moscou)

Femme de 51 ans. Ménopause depuis 8 ans.

Depuis 12 ans, écoulement d'un liquide jaunâtre par le sein droit. Depuis 19 mois, écoulement de sang. Il y a 5 ans, on sentait deux nodosités qu'on a jugé inutile d'extirper. Elles se sont fusionnées et on a conseillé maintenant l'extirpation de la glande mammaire.

A la palpation, on sent une grosse nodosité. Pas de ganglions.

L'extirpation est faite.

L'examen macroscopique montre des kystes de différente grandeur atteignant la grosseur d'une noix. Les parois de ces kystes sont couvertes de tissu velouté et les cavités sont remplies de liquide gris jaunâtre et crêmeux. Les canaux excréteurs sont dilatés et remplis de liquide sanguin coagulé.

Etude microscopique. — La glande mammaire est constituée presque entièrement par du tissu conjonctif et du tissu graisseux. Macroscopiquement, on voyait les kystes. Le microscope montre des cavités de grandeur différente. L'épithélium de ces petits kystes est hypertrophié. Il repose sur du tissu conjonctif également hypertrophié. Autour de ces formations, on aperçoit des anneaux

infiltrés, des foyers d'infiltration de cellules épithéliales. Le contenu des kystes est amorphe. Les kystes les plus volumineux sont dépourvus de revêtement épithélial. Rarement on rencontre les restes des tubes glandulaires qui sont englobés par du tissu conjonctif. A la surface, on voit l'épithélium qui forme des ilots. Par places, cet épithélium pénètre dans le tissu conjonctif comme dans le squirrhe.

Observation XVII

(Idem)

Femme, 66 ans. Ménopause, il y a 18 ans. Il y a 14 ans, ovariotomie. Depuis 8 ans, écoulement sanguin par le sein gauche. Ce phénomène se produisait pendant 2 jours. Il s'écoulait 5 à 6 gouttes de sang par jour. Dans les dernières années, cet écoulement s'est répété plus fréquemment. Il ne s'accompagnait pas de douleurs. Le sang était devenu complètement noir.

Ensuite l'hémorragie cessa. Au bout de 2 à 3 mois, la malade remarqua une nodosité dans le sein gauche. L'écoulement sanglant réapparaît alors. Il est plus abondant et plus fréquent. La mamelle s'enflamme. La nodosité devient le siège d'une douleur profonde. On extirpe la glande.

Etude microscopique. — Par places, on voit un fibro-adénome typique, avec dégénérescence du tissu conjonctif. En d'autres endroits, principalement là où on voit les canaux dilatés, l'épithélium est pluricellulaire. Les cellules épithéliales sont hypertrophiées et disposées en plusieurs couches. A côté de ces formations épithéliales

pures, il y a des formations fibro-adénomateuses typiques dans les canaux excréteurs. On voit des masses amorphes mélangées aux globules rouges. Par endroits, le contenu du canal présente des masses adhérentes à la paroi qui s'unit à elles par des tractus conjonctifs. Enfin dans le tissu de la glande, on voit, quoique rarement, des îlots de sclérose, sous la forme de groupes de cellules cancéreuses, qui sont disposées entre les fibres du tissu conjonctif.

Observation XVIII

Idem

Femme 53 ans. Ménopause, il y a 10 ans. Il y a 3 ans, écoulement jaune par le sein droit. A la fin de la troisième année apparaît un écoulement sanglant qui cesse ensuite.

On sent dans la profondeur une nodosité. Le mamelon est intact. Extirpation.

L'étude microscopique a montré un cancer typique.

Observation XVIV

Petit de la Villéon. Bulletin et Mémoires de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.)

Il s'agit d'une femme de 53 ans, au moment de sa ménopause, ménopause assez orageuse. Elle a été opérée il y a trois ans d'une tumeur de la parotide, tumeur que

l'examen histologique a démontré être de nature mixte, et en voie de dégénérescence épithéliale.

Présente actuellement un écoulement sanglant par le mamelon du sein droit. La pression fait sourdre de grosses gouttes d'un liquide noir-verdâtre, couleur de méconium. Cet écoulement tache le linge, incommode la malade et l'inquiète depuis quelques semaines.

Le sein qui en est le siège, tout en étant d'apparence normale, sans rétraction du mamelon, etc., présente néanmoins des caractères nettement suspects au point de vue néoplasique. Il existe des masses indurées profondes, des adénopathies axillaires.

L'examen histologique de la sécrétion montre des hématies à des étapes d'altération plus ou moins avancée et quelques rares polynucléaires neutrophiles. Pas de cellules néoplasiques, ni de corps framboisés du colostrum.

L'examen chimique décèle de la méthémoglobine.

ETIOLOGIE

L'écoulement hématique du mamelon peut relever de causes très diverses.

Il est quelquefois déterminé par une mastite aiguë ou bien encore par une mastite chronique, comme la maladie kystique de Reclus ou la mammite noueuse de Tillaux et Phocas

D'autrefois, il est provoqué par un abcès du sein se rattachant à l'allaitement.

Enfin le traumatisme, sous toutes ses formes, peut intervenir comme cause déterminante.

Nous citerons pour mémoire les cas de menstruations vicariantes par le mamelon observés en Angleterre. Il s'agit là d'hémorragies qui ont la même signification qu'un épistaxis ou une hémoptysie supplémentaire.

Nous devons dire que ces diverses causes entrent rarement en ligne de compte, et la presque totalité des écoulements hématiques du mamelon relève d'une altération néoplasique des canaux excréteurs de la glande.

Quels sont le siège et la nature de cette altération ? Nous le verrons dans le chapitre suivant, où nous étudierons l'anatomie pathologique.

Pour le moment, nous devons rechercher quelles sont

les circonstances au cours desquelles apparaît l'écoulement et quelles sont les conditions que l'on trouve le plus souvent réalisées dans les antécédents des malades, en un mot, étudier les causes prédisposantes de ce symptôme.

a) *Age.* — Parmi ces causes prédisposantes, l'âge occupe une place prépondérante. Dans les diverses observations que nous relatons, c'est habituellement entre 45 et 60 ans qu'apparaît l'écoulement hématique. La personne la plus âgée chez laquelle on l'a observé avait 66 ans. Toutefois M. le Professeur Tédenat rapporte un cas d'écoulement hématique chez une jeune fille de 17 ans, et le docteur Mints cite un fait de cet ordre concernant une jeune malade de 23 ans.

Il est à remarquer que chez ces deux jeunes personnes, il s'agissait de formations épithéliales bénignes, tandis que chez les malades âgées l'affection revêt, le plus souvent, les caractères cliniques et histologiques du cancer.

b) *Sexe.* — Toutes les observations que nous relatons se rapportent à des femmes. La plupart d'entre elles sont des multipares ayant allaité.

La menstruation semble jouer un certain rôle dans l'apparition de l'écoulement. Une malade de M. le professeur Tédenat présentait depuis deux ans un léger écoulement jaunâtre par le mamelon gauche toutes les fois que revenaient les règles.

Chez une malade du Professeur Zilberberg qui présentait depuis six ans un écoulement tantôt jaune clair, tantôt rosé, indépendant des menstrues, apparut une fois, à la place des règles, un écoulement nettement sanglant.

En outre, chez la plupart des malades dont nous rapportons les observations, on note que, bien avant l'ap-

parition de l'écoulement, la menstruation se faisait de façon irrégulière.

La ménopause semble jouer un rôle moins actif dans la production de ce symptôme : il apparaît chez la plupart des malades après la cessation des règles, mais il peut se manifester avant leur disparition, et chez la malade de Petit de la Villéon, l'écoulement hématique est apparu en pleine ménopause.

Il est probable qu'à ces causes prédisposantes d'ordre physiologique, s'en ajoutent d'autres d'ordre pathologique.

c) *Hérédité.* — L'hérédité, bien qu'elle ne soit signalée dans aucune des observations que nous rapportons, doit être envisagée comme un facteur étiologique important.

d) *Affections antérieures.* — Les affections antérieures du sein doivent rentrer en ligne de compte. Il est certain qu'elles créent à ce niveau un centre de moindre résistance.

Si maintenant, nous nous demandons quelle est la fréquence de ces écoulements par rapport aux tumeurs elles-mêmes, nous voyons qu'il nous est difficile de la déterminer d'une façon précise. Les auteurs n'admettent pas tous les mêmes proportions. D'après Gross, ils ne seraient pas très fréquents dans les cancers du sein. On ne les rencontrerait que dans 2 pour 100 des cas. D'après Tietze, la proportion serait plus forte, et dans 10 p. 100 des cas ils relèveraient de formations cancéreuses.

Nous basant sur les observations rapportées dans ce travail, il nous semble que la fréquence des écoulements hématiques dans les tumeurs du sein est plus grande encore que ne l'indique Tietze, d'autre part l'observation de M. le professeur Massabuau nous montre une tumeur cancéreuse qui pendant de longs mois ne s'est manifestée, à l'exclusion de tout autre signe, que par un écoulement sanglant du mamelon.

3° ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

Avant d'entreprendre l'étude anatomo-pathologique des lésions susceptibles d'engendrer un écoulement hématique du mamelon, nous croyons nécessaire de consacrer quelques lignes à un bref résumé d'anatomie normale.

La mamelle se compose essentiellement de trois parties : 1° une partie glanduleuse, la glande mammaire proprement dite ; 2° une enveloppe cellulo-graisseuse ; 3° une enveloppe cutanée.

La glande mammaire est une glande en grappe qui se compose d'un certain nombre de lobes (12 à 20) ; ces lobes se subdivisent en lobules, et ceux ci en acini. Les acini constituent le tissu noble de la glande, l'organe sécréteur. Ils forment de petites masses sphériques ou piriformes dont les dimensions sont de 130 à 150 μ. Chacun d'eux s'ouvre dans un canal excréteur.

Au point de vue de l'anatomie microscopique, l'acinus comprend un revêtement interne formé d'une seule rangée de cellules épithéliales aplaties, pavimenteuses, et portant à leur centre un noyau arrondi ou ovoïde ; c'est à ces cellules qu'est dévolu le rôle de la sécrétion lactée. Cette couche épithéliale est entourée d'une couche très mince et hyaline qui est elle-même environnée de tissu conjonctif.

Le canal excréteur de l'acinus se réunit à des canaux aciniens semblables pour former un canal lobulaire ; puis, tous les canaux lobulaires forment, en s'abouchant les uns dans les autres, un conduit plus volumineux répondant à un lobe entier de la glande : c'est un canal galactophore. On en compte autant que de lobes, soit 12 à 20. Chacun de ces canaux galactophores vient déboucher isolément à la surface du mamelon sans s'anastomoser avec ses congénères. Sappey a formellement établi leur indépendance réciproque. Un peu avant d'atteindre le mamelon, chacun d'eux présente une dilatation fusiforme de 5 à 8 millim. de diamètre ; c'est l'ampoule ou le sinus galactophore.

Cet exposé sommaire de la constitution anatomique normale de la mamelle, nous fera mieux comprendre l'anatomie pathologique des pièces recueillies dans les diverses observations que nous relatons.

L'examen de ces pièces nous permet de conclure que, la plupart du temps, l'écoulement hématique du mamelon est symptomatique de productions épithéliales bénignes développées aux dépens des canaux galactophores.

Dans ce cas, la lésion essentielle consiste en une petite tumeur pédiculée, en un papillome, de volume variable, d'aspect framboisé, recouvert de villosités longues et fines, très vasculaires et très fragiles. Chaque villosité se compose d'un axe connectif, riche en vaisseaux, recouvert d'une ou de deux couches de cellules épithéliales cubiques ou cylindriques.

Le néoplasme a pris naissance dans un canal galactophore qui s'est élargi à ce niveau et finit par constituer un véritable kyste, à parois plus ou moins épaissies. Autour du kyste, il n'est pas rare d'observer une réaction conjonctive assez intense et parfois une véritable infiltration sanguine (Braquehaye et Binaud). La face interne est recou-

verte de végétations ou bien lisse, présentant un aspect velouté.

Les poches kystiques ne renferment pas toujours de productions papillomateuses, parfois elles sont remplies d'une sérosité citrine ou bien elles contiennent un liquide gris-jaunâtre et crémeux.

Les canaux galactophores restés sains sont dilatés, épaissis et obstrués par du sang coagulé.

L'accroissement des productions néoplasiques, que nous venons de décrire brièvement, se fait très lentement. Autour de la tumeur, se forme une coque fibreuse qui l'encapsule et l'isole du tissu ambiant. Il n'y a pas de retentissement ganglionnaire.

Dans six des observations que nous relatons, il est permis de conclure à l'existence d'un cancer typique.

L'examen microscopique a révélé dans un cas la présence, au sein d'un stroma conjonctif très développé, de cellules néoplasiques peu abondantes. Il s'agissait là d'un squirrhe.

Zilberberg et Mints signalent, dans deux autres cas, une hyperproduction active de cellules épithéliales cancéreuses se multipliant au sein des canaux excréteurs ou des cavités kystiques, et poussant dans les tissus environnants des bourgeons néoplasiques. Il est probable que ces formations répondaient au cancer tubulaire des canaux galactophores.

Productions papillaires intra kystiques et cancer tubulaire des canaux galactophores : tels sont, en effet, les facteurs étiologiques que revêt le plus souvent l'anatomie pathologique dans les cas d'écoulement hématique par le mamelon.

Les cas de mastite chronique polykystique accompagnée d'épanchement sanglant sont beaucoup plus rares.

Issersson et Zilberberg en rapportent chacun un cas. — La palpation permet de sentir une tumeur de la grosseur d'une noix, entourée de nodosités secondaires du volume d'un petit pois. — L'examen histologique montre une prolifération des éléments épithéliaux des acini glandulaires. Les cellules dégénérées se disposent en strates superposées et obstruent la lumière des acini. Ceux-ci se dilatent, prennent un aspect kystique, et le tissu conjonctif inter et péri-acineux réagit entraînant une néo-formation fibreuse.

Mints a observé dans une tumeur du sein (obs. XVI), à côté de parties présentant la constitution du fibro-adénome typique, des masses épithéliales, véritables groupes de cellules cancéreuses s'infiltrant entre les fibres du tissu conjonctif.

Nous ne possédons aucune observation d'écoulement hématique du mamelon par suite de sarcomatose de la glande mammaire.

Adénome, adéno-fibrome pur, sarcome, mammite polykystique entrent rarement en jeu dans la production de ce symptôme.

Presque toujours, et nous insistons sur ce point, l'affection causale est un papillome intra kystique ou un cancer tubulaire.

Cette notion éclaire d'ailleurs la pathogénie de l'hémorragie.

Le papillome, nous l'avons indiqué déjà, est recouvert de villosités très vasculaires et très fragiles : sous la moindre influence, les vaisseaux se rompent et l'écoulement sanglant se produit.

D'autre part, dans le cancer, les parois des artérioles et des veinules sont altérées par le processus néoplasique : elles deviennent friables, se rompent et laissent transsuder le sang.

SYMPTOMATOLOGIE ET ÉVOLUTION.

Les observations qui précèdent nous montrent que deux cas peuvent se présenter, suivant que l'écoulement hématique par le mamelon s'accompagne ou non de tumeur.

De plus, lorsqu'on se trouve en présence d'un écoulement avec tumeur, l'anatomie pathologique nous apprend que celle-ci est, en général, constituée par des productions papillaires bénignes intrakystiques ou par un cancer tubulaire des canaux galactophores avec expansion intrakystique.

Nous aurons donc à étudier trois cas au point de vue symptomatique ;

1° L'écoulement hématique dans les productions papillaires bénignes intrakystiques ;

2° L'écoulement hématique dans le cancer tubulaire des canaux galactophores ;

3° L'écoulement hématique sans tumeur.

Etant donnée leur rare fréquence, nous n'insisterons pas sur la symptomatologie des écoulements hématiques par mastite aiguë ou chronique, par abcès du sein ou par traumatisme.

A. — *Productions papillaires bénignes intrakystiques.* — Il s'agit habituellement d'une femme de 45 à 55 ans, multipare, ayant allaité tous ses enfants. L'affection a un début très insidieux sans troubles concomitants de l'état général. Cependant, son apparition est souvent précédée d'irrégularité menstruelle et coïncide parfois avec la suppression des règles.

Le plus souvent, l'attention de la malade a été simplement attirée par l'existence d'un écoulement par le mamelon. De son sein s'écoule un liquide jaunâtre, quelquefois couleur de méconium, qui tache son linge, l'incommode et l'inquiète.

C'est d'abord un suintement ; mais dans la suite il devient plus considérable et « son abondance peut être telle que la malade est obligée d'appeler le médecin (Reclus). »

Il est parfois continu. Une malade du professeur Zilberberg a présenté un écoulement de liquide jaunâtre, clair et transparent, d'une façon continue pendant 6 ans. Chez une malade de M. le professeur Tédenat, il revenait tous les jours.

Le plus souvent, il est intermittent et revient à des intervalles fixes ou variables. Chez une malade d'Issersson, se produisait de temps en temps un arrêt de l'écoulement pendant 3 jours. Après cet arrêt, il s'écoulait une plus grande quantité de liquide.

Dans une observation de Mints, pendant 8 ans, le phénomène se produisait durant deux jours pour cesser ensuite et ne reparaître que beaucoup plus tard. Chez une malade de M. le professeur Tédenat, il ne se produisait qu'au moment des règles.

Bien qu'habituellement spontané, il demande parfois à

être provoqué par la pression. Celle-ci donne alors issue à quelques gouttes de liquide.

Il intéresse ordinairement un seul sein.

L'écoulement peut rester jaunâtre, verdâtre, pendant un laps de temps plus ou moins long, puis il finit par devenir rosé ou nettement hématique. Le plus souvent, il redevient jaunâtre pour reprendre encore une teinte sanglante.

Cet écoulement constitue la première manifestation clinique des kystes à contenu papillomateux développés aux dépens des canaux galactophores.

Après ce symptôme, apparaît habituellement une tuméfaction au niveau de la glande mammaire, et à l'inspection, on peut constater une petite tumeur occupant le mamelon ou l'aréole.

Chez la malade de l'observation VII, on voyait une petite masse rougeâtre, du volume d'un pois, faisant saillie à la pointe du mamelon et donnant de temps à autre quelques gouttes de sang. Chez une malade du docteur Mints, on voyait de petites nodosités développées aux dépens des canaux galactophores. Notons enfin l'augmentation en bloc du volume du sein contaminé.

La palpation permet de reconnaître l'existence d'une tumeur mobile, dure, indolente, élastique, rarement fluctuante. Son volume est celui d'un pois, d'une noix ou d'un œuf de poule.

La pression fait sourdre quelques gouttes d'un liquide sanguinolent ou bien donne issue à une quantité plus ou moins considérable de sang. A la suite de cette manœuvre, on sent que le sein diminue de volume, que la tumeur s'affaisse.

Il n'existe pas d'adhérences avec la peau, pas de rétrac-

tion du mamelon qui conserve toute sa souplesse et toute sa mobilité.

Les autres régions du sein ne présentent rien de particulier, et l'exploration de l'aisselle ne révèle aucun retentissement ganglionnaire. L'état général de la malade ne présente aucune modification.

B. — *Cancer tubulaire des canaux galactophores avec saillies intrakystiques.* — L'observation XVIII de Mints nous permet de conclure à l'existence d'un cancer typique démontrée par l'étude microscopique de la tumeur.

Pendant 3 ans, s'est écoulé du sein droit un liquide jaune. A la fin de la 3e année, l'écoulement est devenu nettement sanglant, pour disparaître ensuite. A la palpation, on sentait dans la profondeur une nodosité. Il n'existait pas de rétraction du mamelon.

L'observation XII, du même auteur, donne les signes cliniques de la malignité.

Outre l'écoulement hématique, il existait des douleurs lancinantes du sein qui était rétracté.

De même, l'observation XI mentionne un sein dur et des douleurs lancinantes.

Enfin, l'observation de Petit de la Villéon nous signale un écoulement tantôt sanglant, tantôt noir verdâtre, tantôt couleur de méconium, s'accompagnant de masses indurées, profondes, et d'adénopathie axillaire. Toutefois, le sein était d'apparence normale, le mamelon n'était pas rétracté, et l'examen histologique de la sécrétion ne montrait pas de cellules néoplasiques ni de corps framboisés du colostrum.

En somme, dans ces dernières observations, nous retrouvons les caractères ordinaires des tumeurs malignes.

C. *Ecoulement hématique sans tumeur.* — C'est le cas de l'observation n° 1. Il s'agit d'une femme de 43 ans ayant eu deux enfants qu'elle avait elle-même allaités. Cette femme n'avait jamais présenté d'infection mammaire.

Au moment où elle se présenta pour la première fois devant M. le professeur Massabuau, elle se plaignait d'un écoulement sanguin du mamelon, qui durait depuis quatre mois, avec des interruptions cependant. Cet écoulement était peu abondant et non influencé par les périodes menstruelles. Il était augmenté par la malaxation de la mamelle. Il était tantôt de couleur noirâtre, tantôt plus clair, séro-sanguinolent.

Cet écoulement s'accompagnait de sensation de picotement, mais sans douleur. L'examen clinique du sein ne donnait aucun signe de tumeur. Il n'y avait pas la moindre nodosité appréciable. Et nous insistons beaucoup sur ce fait, car nous l'avons vu dans l'observation que, rentrée à l'hôpital, la malade, sous les conseils du professeur Forgue, était opérée par M. le professeur Massabuau, qui extirpait la glande mammaire, et qui constata, à l'examen anatomo pathologique, un adéno-épithéliome. Bien plus, une récidive ayant amené une seconde fois la malade à la consultation externe, M. le professeur Massabuau a constaté le développement d'un *carcinome* avec tous les signes cliniques de cette tumeur.

DIAGNOSTIC

On est en présence d'un écoulement par le mamelon, d'un liquide tantôt rosé, tantôt nettement sanglant.

Cet écoulement est plus ou moins abondant, de quelques gouttes à plusieurs caillerées ; il est continu ou intermittent, il se fait par un seul sein ; nous devons, avant toutes choses, établir que nous avons à faire à un écoulement hématique.

La couleur seule du liquide épanché nous permet de ne pas le confondre avec le produit de sécrétion normal de la glande ou avec une pyorrhée sous la dépendance d'un processus pathologique banal, tel que mastite aiguë, abcès du sein, etc...

Si un doute subsiste, dans le cas par exemple d'un écoulement à peine rosé, nous aurons recours aux procédés d'analyse qu'offre le laboratoire.

L'examen microscopique pourra nous montrer (Obs. XVIV) des hématies à des étapes plus ou moins avancées d'altération ; l'examen chimique pourra déceler la présence de méthémoglobine (Obs. XVIV).

Quand nous aurons établi que nous nous trouvons bien en présence d'un écoulement sanglant, il faudra rechercher quelle en est la cause

Nous savons que les affections aiguës ou chroniques, telles que mastites, maladie kystique de Rechs, mammite noueuse de Tillaux et Phocas, interviennent rarement comme facteurs étiologiques, et qu'on doit surtout penser à l'existence d'une tumeur.

Cette tumeur existe.

Est-elle de nature bénigne ou revêt-elle les allures de la malignité ?

Si l'inspection permet de constater au niveau du mamelon ou de l'aréole une tuméfaction du volume d'un pois, d'une noix, parfois d'un œuf de poule, et que la palpation montre mobile, élastique, indolente, ne s'accompagnant ni de rétraction du mamelon, ni de retentissement ganglionnaire, ni de modifications de l'état général, on peut conclure à la présence d'une tumeur bénigne.

Si, au contraire, la tumeur est profonde, adhère aux tissus voisins, s'accompagne de douleurs lancinantes, de rétraction du sein ou du mamelon, si l'exploration de l'aisselle révèle un envahissement ganglionnaire, et si on constate une altération de l'état général, on devra immédiatement penser à un néoplasme malin.

Nous basant sur les données d'anatomie pathologique que nous a fournies cette étude, nous pouvons dire qu'une tumeur bénigne affectera le plus souvent la forme de productions papillaires intrakystiques, tandis qu'une tumeur maligne répondra le plus souvent à un cancer tubulaire des canaux galactophores

L'examen ne révèle l'existence d'aucune tumeur. L'écoulement hématique constitue le seul symptôme apparent. C'est le cas qui s'est présenté pour la malade de M. le professeur agrégé Massabuau.

L'évolution de la maladie a montré que ce symptôme dépendait en réalité d'un cancer. La malade a fini par

présenter un jour le tableau clinique des affections malignes.

On voit donc toute l'importance diagnostique que doit prendre, aux yeux du médecin, la simple constatation d'un écoulement hématique par le mamelon.

PRONOSTIC

Près de la moitié des observations que nous rapportons ont trait à des productions épithéliales bénignes (papillomes intrakystiques, fibromes papillaires) ; un cinquième environ concernent des tumeurs qui cliniquement présentent tous les caractères du cancer. Parmi ces dernières, on en rencontre deux dans lesquelles l'examen histologique a montré des cancers typiques.

S'il est donc permis de dire que bien souvent l'existence d'un écoulement hématique ne comporte pas un pronostic défavorable, on commettrait une grave faute si l'on admettait, comme la plupart des anciens auteurs, que ce signe est toujours symptomatique d'une tumeur bénigne.

Nous savons, en effet, que non seulement les papillomes villeux peuvent subir facilement une transformation maligne, mais encore nous voyons qu'une fois sur cinq il s'agit d'un véritable cancer.

Bien plus, nous devons être très réservé en présence d'un simple écoulement hématique, et l'observation de M. le professeur Massabuau est là pour nous prouver qu'un écoulement hématique qui a évolué de longs mois en dehors de toute tuméfaction et de tout signe de malignité, peut un jour être suivi du tableau clinique complet du cancer.

Il conviendra donc, dans tous les cas, d'être excessivement méfiant. En présence d'une tumeur, il faudra en examiner attentivement tous les caractères. On appréciera sa mobilité ; on recherchera s'il existe une infiltration périphérique, une rétraction du mamelon, s'il y a un engorgement ganglionnaire. On surveillera l'état général. On se souviendra qu'une tumeur cliniquement bénigne est toujours susceptible de subir la dégénérescence cancéreuse.

Enfin, même en présence d'un simple écoulement hématique, le pronostic optimiste des anciens auteurs ne sera jamais de mise.

TRAITEMENT

A quelque conclusion qu'ait abouti le diagnostic, l'écoulement hématique du mamelon, accompagné ou non de tumeur, pose une indication opératoire formelle. Il commande une intervention sans retard.

Toute tumeur doit être considérée comme suspecte, puisque, même bénigne, elle est susceptible de subir une transformation épithéliomateuse.

Quant au choix de l'opération, il variera suivant qu'on aura à faire à une tumeur mobile, nettement isolable, sans retentissement ganglionnaire, ou qu'on sera en présence d'une tumeur adhérente accompagnée de rétraction du mamelon et d'hypertrophie ganglionnaire axillaire.

Dans le premier cas, la tumeur sera simplement excisée, sous anesthésie locale

L'incision devra être dissimulée pour des raisons d'ordre esthétique. Toutefois, beaucoup de chirurgiens conseillent de ne pas suivre une voie aussi détournée que celle qu'emploie Morestin. (Incision axillaire et excision sous-cutanée par un long tunnel de la tumeur mammaire). Ils sont d'avis qu'il est préférable de pratiquer l'incision large du pli sous-mammaire, recommandée par Gaillard-Thomas et Mollière. Il est plus facile ainsi de retourner la glande

mammaire, de reséquer le coin malade et de replacer les parties dans leur fonction naturelle. La cicatrice sous-mammaire qu'on obtient par ce procédé est alors presque invisible.

Cette énucléation peut présenter certaines difficultés, parce que souvent la tumeur adhère par un point de sa périphérie aux tissus environnants.

Si l'examen clinique permet de poser avec certitude le diagnostic de tumeur maligne, il va sans dire que l'amputation du sein et le curage de l'aisselle deviendront nécessaires. Il y a toujours avantage à pratiquer de larges ablations, et les lignes d'incision doivent dépasser de beaucoup la zone d'infiltration néoplasique. L'opération d'Alsted constitue la méthode de choix.

L'envahissement des ganglions sus-claviculaires constitue pour beaucoup de chirurgiens une contre-indication opératoire, et Forgue et Reclus ont dit avec raison : « La clavicule est la frontière des interventions raisonnables. » Cependant on ne doit pas craindre de porter le bistouri au sein du tissu connectif et des plans musculaires. Les vaisseaux, les ganglions lymphatiques doivent être enlevés.

Si l'intervention s'est accomplie sous le couvert d'une stricte asepsie, des plaies opératoires même très étendues guériront rapidement.

Il faut de plus s'attacher à réaliser une hémostase aussi parfaite que possible.

Il va sans dire qu'un pansement compressif soigné apporte une contribution utile à la bonne et totale juxtaposition des parois du foyer opératoire.

Telles sont les indications à remplir dans le cas d'écoulement sanguin avec tumeur, mais que faire, lorsque cet écoulement ne s'accompagne d'aucun signe de tumeur ?

L'observation que nous citons au début de ce travail, nous donne le droit d'être méfiant. Aussi conseillerons nous l'extirpation de la glande mammaire le plus tôt possible ; ce sera comme le dit le Dr Mints, un pas de fait dans la prophylaxie du cancer de la mamelle.

On peut envisager aussi l'efficacité d'un traitement radiothérapique. Les thèses de Delaunay et de Bernait-Leguenle de Paris, préconisent ce traitement, mais les observations qu'ils rapportent sont encore trop récentes pour pouvoir en tirer des conclusions définitives

---

CONCLUSIONS

I — Parmi les causes prédisposantes de l'écoulement hématique par le mamelon, l'âge occupe une place prépondérante. C'est habituellement entre 15 et 55 ans qu'il apparaît. Il a été toutefois observé chez une jeune fille de 17 ans et chez une femme de 23 ans.

II — Les productions papillaires intra-kystiques et le cancer tubulaire des canaux galactophores sont les facteurs étiologiques le plus souvent révélés par l'anatomie pathologique.

a) Il s'agit dans le premier cas d'une petite tumeur pédiculée, de volume variable, couverte de villosités longues et fines, très vasculaires et très fragiles : ainsi s'explique la fréquence des hémorragies.

Ces tumeurs se développent dans le canal galactophore qui s'élargit à ce niveau, constituant un véritable kyste.

b) Dans d'autres cas plus rares, il s'agit d'une tumeur maligne : la prolifération cellulaire, au lieu de rester intrakystique, pousse alors des bourgeons dans les tissus voisins — La basale est rompue. Il y a tendance à la généralisation.

Plus rarement encore, on rencontre des formes de

mammite polikystiques avec dissémination dans le sein de noyaux multiples de volume variable

III. — Au point de vue clinique, les deux catégories de tumeur se distinguent par leurs caractères objectifs :

Si la tumeur est mobile, élastique, indolente, ne s'accompagne pas de rétraction du mamelon, ni de retentissement ganglionnaire, ni de modifications de l'état général, on est en droit de conclure à une tumeur bénigne.

Si, au contraire, la douleur est profonde, adhérente, accompagnée de douleurs lancinantes, d'envahissement ganglionnaire et de modifications de l'état général, on doit penser à une tumeur maligne.

En outre, tout écoulement hématique du sein doit éveiller l'idée de la possibilité d'un cancer. — L'observation que nous rapportons en tête de ce travail nous autorise à mettre ce point en relief.

IV. — Bien souvent l'existence d'un écoulement hématique ne comporte pas un pronostic défavorable. Il est, en effet, en rapport avec des productions épithéliales bénignes. Toutefois, le pronostic doit rester réservé, même dans ces cas, la tumeur bénigne pouvant se transformer en néoplasme malin.

Plus souvent qu'on ne croit l'écoulement hématique est sous la dépendance d'un cancer, le pronostic en est alors très grave.

Enfin, même en présence d'un simple écoulement hématique il conviendra de se montrer très réservé.

V. — L'écoulement hématique du mamelon accompagné de tumeur commande une intervention sans retard, toute tumeur devant être considérée comme infectée.

Dans les cas de tumeur bénigne, la simple extirpation sous anesthésie locale pourra suffire. Dans les cas de cancer, on pratiquera une amputation du sein avec curage de l'aisselle.

Dans le cas d'écoulement sanguin sans tumeur, l'extirpation de la glande mammaire doit être sérieusement envisagée.

BIBLIOGRAPHIE

Barker. — British med. Journal 1890.

Bell — The importance of early operations for tumor of the breast Proc. Connect., M. Soc. Haven 1911-12.

Beach. — Cancer of the male breast. Bosten, M. et S. Jor. 1890-474.

Bertrand. — Critique de l'intervention chirurgicale dans le cancer du sein. Belgique Médical, Gand 1911.

Bornait-Legueule. — Contrib. à l'étude des modifications histolog. du cancer du sein, traité par les rayons X. Thèse Paris 1909, n° 277.

Bowlby. — St-Barth. Hop. rep. volume 24.

Broca. — Traité des tumeurs du sein.

Buckle. — Hemorrage from nipples. J. Ann. M. Ass. Chicago liv. 2006

Cabane (E.). — Epithélioma du sein au début et écoulement mamelonnaire sanglant. (Bulletin Médical de l'Algérie). Alger 1908-690-692.

Cadiat. — Du dévelop. des tumeurs kystiques du sein.

Chamaillard. — Thèse Montpellier 1912. (Contrib. à l'étude des écoulements séro-hémat. du sein).

Chaput et Souligoux. — Mammite double de la lactation simulant une tumeur maligne ; évolution sarcomateuse ultérieure. Bull. et Mém. Soc. chir., Paris 1907.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie patholog., t. II, 1884.

Coine et Labbé. — Traité des tumeurs bénignes du sein, 1876, p. 206.

Delaunay. — De la radiothérapie dans les cancers du sein. Thèse Paris 1905, n° 472.

FORGUE. — Précis path. ext.

GODLEC (S.). — On anomalous form of blood apt. (Transact. of the pathologic. Society of London 1876.

HERMANN (M. W.). — Two cases of hemorrage from the breast in women. Lwow. lygodm. lek. 1910-21-23.

ISSERSSON. — So. called catarrhe of the breast. Proc. connect. M. Soc. Haven 1911-12.

JAMAUX — Rapport des affections chroniques de la peau du mamelon et de l'aréole avec les cancers du sein. Thèse Paris 1900-1901, n° 640.

LABRUNIE — Thèse Bordeaux 1894.

LA ROY. — Les tumeurs kystiques du sein. Anatomie patholog. et pathogén. de l'adéno-fibrome, de la maladie kystique et de l'adéno-carcinome du sein. Arch. internat. de chirurg. Gand 1910-11.

LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie, art. de Braquehaye et Binaud.

LOP. — De la malignité des tumeurs dites bénignes du sein. Gaz. des Hôpitaux, Paris 1909.

MARMADUCK-SHERLD. — Diseases of the breast, p. 138.

MARTINI. — Sulla mastite carcinomatosa. Giorn. d. r. Accad. di med. di Torino 1911.

MINTZ (V. M.). — Roussky vratch, n° 5, 4 févr. 1912, p. 146-150.

MERMEL et FAITOUT. — Bulletin de la Société anat., mars 1897.

MORESTIN. — De l'ablation esthétique des tumeurs bénignes du sein. Presse médicale 1902, n° 82, p. 975.

MORNART et MASSON. — Un volumineux sarcome du sein, succédant à une tumeur bénigne. (Revue de gynécol. et chirurg. abd. 1909, n° 2, p. 297.

PEREZ (E.). — Note sur un cas de sécrétion mammaire d'origine inconnue. Arch. de Toxicol. Paris 1890-108-140.

PETIT DE LA VILLÉON. — Ecoulement noir par le mamelon. Soc. de méd. et chirurg. Bord. 27 oct. 1911.

PONS. — Kyste hématique du sein. Marseille médical, 1908, XIV-43-47.

RICHARD. — Tumeur du sein. Valeur diagnostique de l'écoulement par le mamelon. (Journal des connaissances médico-chirurgicales 1853).

ROGER (Williams). — Diseases of the breast 1894, p 339.

Sicre. — Contribution à l'étude de la maladie de Reclus. Thèse Paris 1890.

Sumpter. — Notes on a case of mamarry scirrhus. Lancet, London 1912.

Vanverts (J.). — L'écoulement de sang par le mamelon peut s'observer dans les tumeurs bénignes de la mamelle. Echo méd. du Nord. Lille 1910, XIV, 319.

Velpeau. — Traité des maladies du sein.

Vidal de Cassis. — Maladies de la mamelle chez la femme 1861.

Winslow. — Breast affections : a serie of 100 cases (Mayland. M. J. Balt 1911. Liv. 335-339).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 janvier 1913.
Le Recteur.
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 janvier 1913
Le Doyen.
MAIRET.

SERMENT

En presence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !